

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเรื่อง ๕ ม.ย. ๒๕๖๗
วันที่ ๕ เม.ย. ๒๕๖๗
เวลา ๑๑.๕๕ น.

๒๑๗/๖๗
๑/๒๗
๑.๓๐๓



ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๑๓๗

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๖ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ “Nursing Management for Pediatric Heart Disease”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด /วิทยาลัยพยาบาล-บรมราชชนนีทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓. ใบชำระเงิน จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการอบรมการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ “Nursing Management for Pediatric Heart Disease” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์และพยาบาลศูนย์โรคหัวใจ ได้มีการพัฒนานวัตกรรมและถ่ายทอดองค์ความรู้ทักษะการดูแลรักษาโรคหัวใจในระดับสากล ให้มีประสิทธิภาพต่อไประหว่างวันที่ ๑-๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมจักรพันธ์ โปษยกฤต ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ โดยเสียค่าลงทะเบียน ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) จำนวน ๑๐๐ คน ผู้เข้าอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัด ตามระเบียบราชการกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล qsnich.training@gmail.com ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



คุณ นีลอร์
ศิริคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(Signature)

(นายศุภวัชร บุญกษิต์เดช)

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน...
ดำเนินการ

(นายสมชาย จำปาเงิน)
ผู้อำนวยการสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ทีมบริการราชวิถีกรม) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๕ เม.ย. ๒๕๖๗

เอกสารประชาสัมพันธ์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓

Email address: qsnich.training@gmail.com

A *(Handwritten note)*
* (ส่ง line แล้ว) ✓

หลักสูตรการฝึกอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ “Nursing Management for Pediatric Heart Disease”

วันที่ ๑ - ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ณ ห้องประชุมจักรพันธ์ โปษยกฤต ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

Company code : 9612 ค่าลงทะเบียน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง ๑ ช่องทาง)

โอนผ่าน Krungthai Next

โอนผ่านตู้ ATM

ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9612 เลือก
อบรมการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ “Nursing Management for Pediatric Heart Disease” ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ความพึงพอใจต่อการใช้บริการชำระเงินค่าลงทะเบียน มาก ปานกลาง น้อย

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุตำแหน่ง)นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... เลขที่สมาชิก.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์(ติดต่อได้สะดวก) E-mail address.....

ประเภทอาหาร อาหารทั่วไป อิสลาม

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณารอกข้อความด้านล่าง)

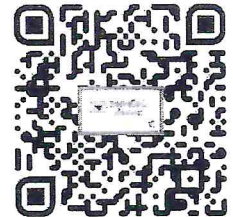
.....
.....

ผู้ประสานงาน

คุณเพ็ญศิริ สายสุด งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม ชั้น ๑๑

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ ๑๕๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ (ในเวลาราชการ)



ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน ๗ วัน ได้ที่เว็บไซต์ www.childrenhospital.go.th
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม 2567 ถึง 17 มิถุนายน 2567



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

อบรมเรื่อง การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ "Nursing Management for Pediatric Heart Disease"



Company Code: 9612

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 4,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร
กรุงไทย



Company Code: 9612

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน อบรมเรื่อง การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ "Nursing Management for Pediatric Heart Disease" สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ประเภทการชำระ	รายละเอียด		จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
<input type="checkbox"/> เงินโอน / A/C Transfer	เลขที่บัญชี / A/C No.		
<input type="checkbox"/> เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words		

ลงชื่อผู้ชำระเงิน..... / โทรศัพท์